

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **Pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Biologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Education :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 065050

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2027 Société : 48846

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0667 931671

Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/11/2020      |                   |                       | CN=120/00                       | <i>Dr HAFDI Karim</i><br>Cardiologue<br>Clinique CNSS<br>Bab Ghalef |
| 06/11/2020      |                   |                       |                                 | <i>Cachet</i>   |
| 06/11/2020      |                   |                       |                                 |   |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 61.11.2020 | 320/00                |
| <i>[Signature]</i>                     |            |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 06/11/2020 | Medecin Radiologue           | 1000/00                |
|   | 06/11/2020 |                              | 271/00                 |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

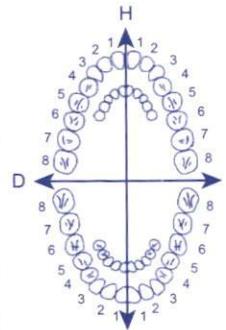
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins                       | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|--|-------------|-------------------------|
|  |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS  |  |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION   |  |  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX   |  |  |             | DATE DU DEVIS           |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   | H  | 25533412 21433552<br>00000000 00000000 |             |                         |
| D   | 00000000 00000000<br>35533411 11433553                 |  |             |                         |
| B   |  |  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS  |  |  |             |                         |
| [Création, remont, adjonction]  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
|   |  |  |             |                         |
| DATE DE L'EXECUTION   |  |  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 06/01/2023



Jadoud Sheread.

27.70

1) Codio Aspirine 500 mg 1st Ach

125.60

2) B-petrolax 50 ml 1st Ach

103.00

3) Visor 35 1st Ach

22.20

Codoliprane 100 mg (13) (b)

50.79

4) Codoliprane 25 1st Ach

329.90

(in 21.0 Dantrum 100 mg (13)  
clg (c) codoliprane tablet)

Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef

رقة الضمان - درب غلف. الرازي 30 20 a 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca : Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

**Veuillez lire attentivement**

- Gardez cette notice, vous
- Si vous avez d'autres que:  
cien.
- Ce médicament vous a été  
prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même  
en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non  
mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.



P.P.V. : 27.70 DH  
Acide Acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg 30sp

rice avant de prendre ce médicament.

la relire.

Informations à votre médecin ou à votre pharma-



# CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

**Dans cette notice :**

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

## **1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, l'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le

# فاسكور® ت.م 35 ملг. أقراص ملمسية ذات غلب من فئة 60-90° قرضاً (تريميتازيدين)

يرجى الاطلاع بالเตه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.  
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد.  
إذا كانت لديك أسللة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من  
لقد وصف هذا الدواء لك بشكل شخسي، لا تقم بعطيه لشخص آخر.  
متداهنة، لا تلمس قد يضر لها.  
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود عارض غير  
هذه النشرة، خذ عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

les sanguines de la lignée blanche pouvant  
limination du nombre de plaquettes dans le  
sang ou d'ecchymoses.

perte d'appétit, sensation de malaise, fièvre,  
l des yeux, selles de couleur claire, urine de

VASCOR

## مكونات الدواء:

ectés :  
ectés après autorisation du médicament est  
tinuite du rapport bénéfice/risque du

## EAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

cien avant de prendre VASCOR LM ® 35mg,

atif d'une crise d'angine de poitrine, ni un  
rue instable. Ce n'est pas un traitement de

1 poitrine, prévenez votre médecin. Des  
e traitement sera éventuellement modifié.  
es symptômes tels que tremblement, raideur  
déséquilibrée avec une tendance à trainer  
s, qu'il convient de rechercher et de signaler à  
aitement.

Ilé pendant l'allaitement.  
a baisse de la tension artérielle ou d'un  
fets indésirables).

libération modifiée ne doit pas être  
3 ans.

si vous prenez, avez récemment pris ou  
sons :

## ET D'ALLAITEMENT

ment pendant la grossesse. Si vous  
e traitement, consultez votre médecin.

le lait maternel, VASCOR LM ® 35mg ne

vous pensez être enceinte ou planifiez une  
u pharmacien avant de prendre ce médicament.

## MENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE S MACHINES

on d'avoir la tête qui tourne et vous donner  
pacité à conduire des véhicules et à utiliser

## EN CAS DE SURDOSAGE

otre pharmacien.

## ON D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

enez pas de dose double pour compenser la

## QUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

e

écialistes en cardiol

VASCOR LM 35mg

60 comprimés pelliculés

pas 25°C.

nfants et la vue des e  
péremption figurant si  
égot ni avec les ord  
ir les médicaments  
int à protéger l'environ  
té approuvée est : M

أعراض دائمة على تناول هذا الدواء بالاحترام التام لتعليمات الطبيب.  
تحقق لدى الطبيب أو الصيدلي في حالة الشك.

طريقة كمية الاستعمال ونوع العلاج  
المقرحة للوصى بها في فاسكور® ت.م 35 ملغ أقراص ملمسية ذات غرب معدل

صباحاً ومساءً يجب تناوله خلال الوجبات.  
إذا كنت تعاني من مشاكل في الكلى أو سنت يموق 75 سنة، يمكن للطبيب

نوع العلاج  
في كافة الأحوال يجب الاحترام التام لوصفة الطبيب.

5. مواعي الاستعمال:  
لا تستعمل إلا فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملمسية ذات غرب معدل:

إذا كانت لديك حساسية لتريميتازيدين (حساسية مفرطة) أو لأحد مكونات

إذا كنت تعاني من مرض باركنسون، فرض معاصر يصعب بصب المركبات (اهتزاز نص

منشى غير متوازن مع البول إلى جر الفحوص.

إذا كنت تعاني من مشاكل كلوية مطردة.  
6. التأثيرات غير المرغوب فيها:

كميل كافة الأدوية، قد يتسبّب من فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملمسية ذات

مرغوب فيها رقم أنها لا تحدث لدى جميع الأشخاص. تم الإبلاغ عن التأثيرات غير

شائعة (حدث لدى أقل من 1% من المرضى من أصل 10):  
دواء صداع الكبد في البطن إسهال، صعوبة الهضم، شعور بالغثيان، قيء ط

ندرة (حدث لدى أقل من 1% من المرضى من أصل 10):  
دقات قلبية سريعة أو غير منتظمة (تسمى كذلك خفقان القلب)، دقات قلبية

دقات القلب، انخفاض ضغط الشريان عند انتقال إلى وضعية الوقوف قد

يساهم مفرط بالضوء إفراط تعرّف (شعور عام بالرضا)، سقوط، احمرار، مف

إصابة في الكبد تظهر بالتشنج الكبد اضطراب الحركة (التهاب الكبد).

غير معروفة (وتيرة لا يمكن تحديدها بناء على المظاهر المتوفرة):  
أعراض خارج هرمونية (مركبات غير معيارية تضم إرتعاش العينين والأتساع اتس

البشر، انتفاخ الأقدام، تصلب الدارعين، والسعال)، عادةً ما تختفي بتوقف العلاج.

\* اضطرابات النوم (صعوبة في النوم، تبعثر بالدوافع إمساك، احمرار، مف

باكمله مع بتو انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان والحنجرة قد تتسبّب في

انتفاخ هام في عدد الحالات المدعومة في الكريات البيضاء قد تتسبّب غالباً

الصفيريات في الدم بما قد يزيد من خطر التزيف أو الكدمات.

اللون بول أذكى اللون).

التصرّف عن التأثيرات غير المرغوب فيها:

على الترخيص،  
خطاطها.

أعراض ملمسية  
عن بخلاف أولي

ك إجراء فحص  
الهيئة حرمة  
يجب إبلاغ

103,00



6 118 000 081890

Read this entire leaflet.  
Keep this leaflet. You  
If you have any other  
doctor or pharmacist.  
This medicine has been  
If any of the side effects  
leaflet, please tell your

## 1- COMPOSITION

**Drug substance:**  
Trimetazidine dihydro-

Excipients: Calcium  
Magnesium stearate  
Isopropyl alcohol, Pur-

## 2- PHARMACO-TH

OTHER DRUG CAR

## 3- THERAPEUTIC

This medicine is intended  
to treat angina pectoris.

## 4- DOSAGE

Always take this medicine  
pharmacist if you are unsure.

**Mode, routes and frequency:**  
The recommended dose is one tablet to be taken twice daily.

If you have kidney problems, the recommended dose is half a tablet.

## Treatment duration

**IN ALL CASES, COM**

## 5- Contraindications

Do not take VASCOR LM ® 35mg if you are:

\* If you are allergic (hypersensitive) to this medicine.

\* If you have a Parkinson's disease, rigid posture, slow movements.

\* If you have severe liver problems.

## 6- POSSIBLE SIDE EFFECTS

Like all medicines, VASCOR LM ® 35mg may cause side effects, although they are described:

## Common (may affect up to 10% of users):

Dizziness, headache, rash, itching, hives and nausea.

Rare (may affect up to 1% of users):

Fast or irregular heartbeats.

# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

|   |           |
|---|-----------|
| Paracétamol .....   | 400,00 mg |
| Phosphate de codeïne hémihydrate .....  | 20,00 mg  |
| (Quantité correspondant à codeïne base) .....   | 15,62 mg  |
| Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé. |           |

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE

Notamment avec la buprénorphine, la nalbup

SYSTEM

VOTRE P

Ce me  
Ne le

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMÉS SÉCABLES

PPV 22 DH 20

PER 06 / 22

LOT 11709



6 118000 040217





CARDENSIEL est habituellement utilisé dans le cadre d'un traitement au long cours.

#### Chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

Le traitement par bisoprolol doit être instauré à faible dose et augmenté progressivement.

Votre médecin décidera de l'augmentation de la dose à appliquer, en général selon le schéma suivant :

- 1,25 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 2,5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant quatre semaines
- 10 mg de bisoprolol une fois par jour en traitement d'entretien (en continu)

La dose quotidienne maximale recommandée est de 10 mg de bisoprolol.

Selon votre tolérance au médicament, votre médecin pourra également décider de prolonger l'intervalle entre les augmentations de la dose. Si votre état s'aggrave ou si vous ne tolérez plus le médicament, il pourra être nécessaire de réduire à nouveau la dose ou d'interrompre le traitement. Chez certains patients, une dose d'entretien inférieure à 10 mg de bisoprolol peut être suffisante. Votre médecin vous indiquera la marche à suivre.

Si vous devez arrêter totalement le traitement, votre médecin vous conseillera généralement de réduire progressivement la dose, faute de quoi votre état de santé pourrait se détériorer.

#### Si vous avez pris plus de CARDENSIEL que vous n'auriez dû :

Prévenez immédiatement votre médecin qui décidera des mesures à prendre.

Les symptômes de surdosage peuvent être un ralentissement du rythme cardiaque, des difficultés respiratoires sévères, des vertiges ou des tremblements (dus à la baisse du taux de sucre dans le sang).

#### Si vous oubliez de prendre CARDENSIEL :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

#### Si vous arrêtez de prendre CARDENSIEL :

N'interrompez aucun casle traitement par CARDENSIEL si votre médecin ne vous a pas conseillé de le faire. Dans le cas contraire, votre état de santé pourrait se détériorer fortement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, CARDENSIEL est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Afin d'éviter les réactions graves, consultez un médecin immédiatement si un effet indésirable devient sévère, survient brusquement ou s'aggrave rapidement.

Les effets indésirables les plus graves sont ceux touchant les fonctions cardiaques :

- ralentissement du rythme cardiaque (plus de 1 personne sur 10)
- aggravation de l'insuffisance cardiaque (moins de 1 personne sur 10)
- rythme cardiaque lent ou irrégulier (moins de 1 personne sur 100)

Si vous avez des vertiges ou si vous vous sentez faible, ou encore si vous avez des difficultés à respirer, contactez votre médecin dès que possible.

Les autres effets indésirables sont répertoriés ci-dessous en fonction de leur fréquence :

Fréquent (moins de 1 personne sur 10) :

- fatigue, épaissement, vertiges, maux de tête,
- sensation de refroidissement ou d'engourdissement dans les mains et les pieds
- pression artérielle basse
- troubles gastro-intestinaux tels que nausées, vomissements, diarrhée ou constipation,

Peu fréquent (moins de 1 personne sur 100) :

- troubles du sommeil
- dépression
- vertiges lors du passage à la position debout
- gêne respiratoire chez les personnes ayant un asthme ou des problèmes respiratoires chroniques
- faiblesse musculaire, crampes

Rare (moins de 1 personne sur 1000) :

- troubles de l'audition
- rhinite allergique
- diminution de la sécrétion de larmes
- inflammation du foie pouvant causer un jaunissement de la peau ou du blanc des yeux
- résultats d'analyses anormaux
- réactions allergiques à type de démangeaisons, bouffées de chaleur, éruption cutanée
- troubles de l'érection
- cauchemars, hallucinations
- perte de connaissance

Très rare (moins de 1 personne sur 10 000) :

- irritation et rougeur de l'œil (conjonctivite)
- chute des cheveux
- apparition ou aggravation d'une affection cutanée squameuse (psoriasis)

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ..



6 118001 100859

Com]



CARDENSIEL 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

cien.

5. COMMENT CONSERVER CARDENSIEL ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

| CLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef<br>de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux<br>0100 CASABLANCA<br>Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020<br>INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058 |               |                                  |                  |  |   |  |                |         |                |         |
|--|---------------|----------------------------------|------------------|--|---|--|----------------|---------|----------------|---------|
| N° IPP : 1176688   |               | N° SEJOUR : 200071424            |                  | <b>FACTURE N° 2005044601</b>   |   | DATE D'ENTREE : 06/11/2020 DATE DE SORTIE : 06/11/2020 |                |         |                |         |
| ASSURE :   |               |                                  |                  |  |   | DESTINATAIRE : JADOUAL,Mohamed                         |                |         |                |         |
| MALADE : JADOUAL,Mohamed   |               | UF: 5002 URGENCES                |                  |  |   |  |                |         |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :  |               | N° IMMAT C.N.S.S. :              |                  |  |   |  |                |         |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :   |               | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                  |  |   |  |                |         |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :   |               |                                  |                  |  |   |  |                |         |                |         |
| REF. PC 1 :  |               | REF. PC 2 :                      |                  | N° SE. SOC. ETRANG. :  |   |  |                |         |                |         |
| NATURE DE PRESTATION   | LETTRE<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF                 | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL  | TIERS PAYANT 1                              |  | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE |         |
|  |               |                                  |                  |  | % / Dh                                      | MONTANT  | % / Dh         | MONTANT | % / Dh         | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN.   | CSC           | 1.00                             | 250.00           | 250.00   |   |  |                |         | 0.00           | 250.00  |
| Intervenant : 20200611 DR HAFDI KARIM <sup>2</sup> CARDIOLOGUE TOTAUX :  |               |                                  |                  |  | 250.00                                      |  |                |         |                | 250.00  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS  |               |                                  |                  |  | PLAFOND PC :                                |  |                |         | ACOMPTE :      |         |
|  |               |                                  |                  |  | REMISE :                                    | 0.00   | REGLE :        |         | AVOIR :        |         |
|  |               |                                  |                  |  | RESTE DU:                                   | 250.00   |                |         |                |         |
| DATE FACTURE : 06/11/2020  |               | EDITEE LE : 06/11/2020           |                  | PAR: SAAD  |   | ACCIDENT DE TRAVAIL :                                  |                |         |                |         |
| VISA   |               |                                  |                  |  |   | N° DE POLICE :   | DATE AT :      |         |                |         |
|  |               |                                  |                  | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef |   |  |                |         |                |         |
|  |               |                                  |                  | BANQUE :   | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA |  |                |         |                |         |
|  |               |                                  |                  | N° compte bancaire :   | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31            |  |                |         |                |         |



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : 1176688   | N° SEJOUR : 200071423 | FACTURE N° 2005044600            |                  |           | DATE D'ENTREE : 06/11/2020      |         |                |         | DATE DE SORTIE : 06/11/2020 |          |
|--|-----------------------|----------------------------------|------------------|-----------|---------------------------------|---------|----------------|---------|-----------------------------|----------|
| ASSURE :   |                       |                                  |                  |           | DESTINATAIRE : JADOUAL, Mohamed |         |                |         |                             |          |
| MALADE : JADOUAL, Mohamed  |                       | UF: 5002 URGENCES                |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| NOM JEUNE FILLE :  |                       | N° IMMAT C.N.S.S :               |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| TIERS PAYANT 1 :   |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| TIERS PAYANT 2 :   |                       |                                  |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| REF. PC 1 :  | REF. PC 2 :           | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| NATURE DE PRESTATION   | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF                 | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL     | TIERS PAYANT 1                  |         | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE              |          |
|  |                       |                                  |                  |           | % / Dh                          | MONTANT | % / Dh         | MONTANT | % / Dh                      | MONTANT  |
| CONSULTATION DE MEDECIN.   | CN                    | 1.00                             | 120.00           | 120.00    |                                 |         |                |         | 0.00                        | 120.00   |
| Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)                     |                       |                                  |                  | TOTAUX :  | 120.00                          |         |                |         |                             | 120.00   |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT VINGT DHS            |                       |                                  |                  |           | PLAFOND PC :                    |         |                |         |                             | ACOMPTE: |
|  |                       |                                  |                  |           | REMISE :                        | 0.00    | REGLE :        |         |                             | AVOIR :  |
|  |                       |                                  |                  |           | RESTE DU:                       | 120.00  |                |         |                             |          |
| DATE FACTURE : 06/11/2020  |                       | EDITEE LE : 06/11/2020           |                  | PAR: SAAD | ACCIDENT DE TRAVAIL :           |         |                |         |                             |          |
| /ISA   |                       |                                  |                  |           | DATE AT :                       |         |                |         |                             |          |
| Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef |                       |                                  |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA                     |                       |                                  |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |
| N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31                    |                       |                                  |                  |           |                                 |         |                |         |                             |          |





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

## مصلحة الفحص بالأشعة

# SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 06/11/2020

Patient (e) : JADOUAL MOHAMED

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales jointives sans injection de produit de contraste.

- I.R.M  
(1.5 Tesla)
  - Scanner  
(Corps Entier)
  - Radiologie  
Numérique
  - Echo-Doppler  
(Couleur)
- Absence de surdensité en verre dépoli.
  - Absence de nodule pulmonaire d'allure suspecte.
  - Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive.
  - Absence d'adénopathies hilo-médastinale.
  - Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

#### CONCLUSION

- TDM thoracique sans anomalie.

Hicham SATOR  
DR SATOR  
Médecin Radiologue

**POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef**  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP :  | 1176688         | N° SEJOUR :            | 200071405             | <b>FACTURE N° 2005044582</b>     |                |  | DATE D'ENTREE : | 06/11/2020      | DATE DE SORTIE : | 06/11/2020 |  |
|---|-----------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------|--|-----------------|-----------------|------------------|------------|--|
| ASSURE :  |                 |                        |                       |                                  |                |  | DESTINATAIRE :  |                 |                  |            |  |
| MALADE :  | JADOUAL,Mohamed |                        |                       | UF: 5002 URGENCES                |                |  |                 | JADOUAL,Mohamed |                  |            |  |
| NOM JEUNE FILLE :                                 |                 |                        |                       | N° IMMAT C.N.S.S :               |                |  |                 |                 |                  |            |  |
| TIERS PAYANT 1 :                                  |                 |                        |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                |  |                 |                 |                  |            |  |
| TIERS PAYANT 2 :                                  |                 |                        |                       |                                  |                |  |                 |                 |                  |            |  |
| REF. PC 1 :                                       | REF. PC 2 :     |                        | N° SE. SOC. ETRANG. : |                                  |                |  |                 |                 |                  |            |  |
| NATURE DE PRESTATION                              | LETTRE<br>CLE   | NOMBRE<br>x COEF       | PRIX<br>UNITAIRE      | TOTAL                            | TIERS PAYANT 1 |  | TIERS PAYANT 2  |                 | PART DU MALADE   |            |  |
|   |                 |                        |                       |                                  | % / Dh         | MONTANT  | % / Dh          | MONTANT         | % / Dh           | MONTANT    |  |
| ACTES DE RADIOLOGIE                               |                 |                        |                       |                                  |                |  |                 |                 |                  |            |  |
| TDM   | TDM             | 1.00                   | 1000.00               | 1000.00                          |                |  |                 |                 | 0.00             | 1000.00    |  |
| Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE |                 |                        |                       | TOTAUX :                         | 1000.00        |  |                 |                 |                  | 1000.00    |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :       |                 |                        |                       | PLAFOND PC :                     |                |  |                 |                 | ACOMPTE:         |            |  |
| MILLE   |                 |                        |                       | REMISE :                         | 0.00           | REGLE :  |                 |                 | AVOIR :          |            |  |
|   |                 |                        |                       | RESTE DU :                       | 1000.00        |  |                 |                 |                  |            |  |
| DATE FACTURE : 06/11/2020                         |                 | EDITEE LE : 06/11/2020 |                       | PAR: SAAD                        |                | ACCIDENT DE TRAVAIL :  |                 |                 |                  |            |  |
| /ISA  |                 |                        |                       |                                  |                | DATE AT :  |                 |                 |                  |            |  |
|   |                 |                        |                       |                                  |                | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef |                 |                 |                  |            |  |
|   |                 |                        |                       |                                  |                | BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA                     |                 |                 |                  |            |  |
|   |                 |                        |                       |                                  |                | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31                    |                 |                 |                  |            |  |

## POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

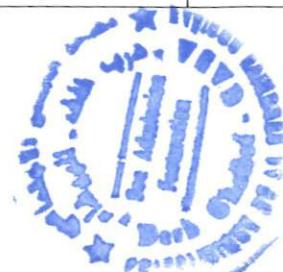
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : 1176688                                   | N° SEJOUR : 200071406 | <b>FACTURE N° 2005044583</b>     |                  |              |                | DATE D'ENTREE : 06/11/2020   |                | DATE DE SORTIE : 06/11/2020 |                |         |
|--|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------------|----------------|--|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE :   |                       |                                  |                  |              |                | DESTINATAIRE :   |                | JADOUAL, Mohamed            |                |         |
| MALADE : JADOUAL, Mohamed                          |                       | UF: 5002 URGENCES                |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :                                  |                       | N° IMMAT C.N.S.S :               |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :                                   |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :                                   |                       |                                  |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| REF. PC 1 :  | REF. PC 2 :           | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| NATURE DE PRESTATION                               | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF                 | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL        | TIERS PAYANT 1 |  | TIERS PAYANT 2 |                             | PART DU MALADE |         |
|  |                       |                                  |                  |              | % / Dh         | MONTANT  | % / Dh         | MONTANT                     | % / Dh         | MONTANT |
| ACTES DE BIOLOGIE                                  |                       |                                  |                  |              |                |  |                |                             |                |         |
| ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE                         | B                     | 250.00                           | 1.10             | 275.00       |                |  |                |                             | 0.00 275.00    |         |
| Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES . TOTAUX : |                       |                                  |                  | 275.00       |                |  |                |                             | 275.00         |         |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :        |                       |                                  |                  | PLAFOND PC : |                |  |                |                             | ACOMPTE:       |         |
| DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS                      |                       |                                  |                  | REMISE :     | 0.00           | REGLE :  |                |                             | AVOIR :        |         |
|  |                       |                                  |                  | RESTE DU     | 275.00         |  |                |                             |                |         |
| DATE FACTURE : 06/11/2020                          |                       | EDITEE LE : 06/11/2020           |                  | PAR: SAAD    |                | ACCIDENT DE TRAVAIL :  |                |                             |                |         |
| /ISA   |                       |                                  |                  |              |                | DATE AT :  |                |                             |                |         |
|  |                       |                                  |                  |              |                | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef |                |                             |                |         |
|  |                       |                                  |                  |              |                | BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA                     |                |                             |                |         |
|  |                       |                                  |                  |              |                | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31                    |                |                             |                |         |



LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE  
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 06-11-2020 à 12:54

Code patient : 2011060024

Né(e) le : ()

IPP : 1176688



Mr JADOUAL Mohamed

Dossier N° : 2011060024

Prescripteur :

EXTERNE

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

<0.100 ng/mL

(<0.100)

Validé par : HARKATY OTHMANE





درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة ORDONNANCE

Le 06/01/2010

Jadoud Rh-ed.

Tropothines



Dr. HAFDI Karim  
Cardiologue  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalef

M1: Gaddal M Shams

TA 1A/8

Id.Pat :

Données : 06/11/2020 12:48:34 50 bpm



ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

demandeur code

NOM DU MALADE

Jedout Nohoud

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

DL Noreige + Hypnosi

TDN Noreige (-)



Examen demandé

Dr. HAFDI Karim  
Cardiologue  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalef

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 06/11/2020

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 200071406

UF de présence : 5002 URGENCES

N° de séance : 202011060155

UF demandeur : 5002 URGENCES

N° IPP : 0001176688 JADOUAL,Mohamed

Date et heure : 06/11/2020 13:36

Né(e) le : 01/01/1960

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

| UF   | INTERVENANT        | CDAM/TARIF | LET.CLE | TARIF | COEFF | COEF.T | MONTANT |
|------|--------------------|------------|---------|-------|-------|--------|---------|
| 5002 | EQUIPE BIOLOGISTES | Troponine  | B       | 1.10  | 1.00  | 250.00 | 275.00  |

Total : 275.00